

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

58

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hermann BURG

Né le 28 décembre 1909, à Stanislau (Roumanie)

Le

Rôle des Villages sanitaires

dans la

Lutte antituberculeuse

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

85

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Hermann BURG

Né le 28 décembre 1909, à Stanislau (Roumanie)

Le

Rôle des Villages sanitaires

dans la

Lutte antituberculeuse

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN' EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANEN

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont la bonté pour moi fut inépuisable,
je dédie ces quelques pages; modeste, mais
pieux hommage de mon infinie reconnais-
sance et de ma profonde affection.*

A MON FRÈRE ET A MES SOEURS

*Qui partagent mes peines et mes joies.
Avec toute ma tendresse et mon affectueux
dévouement.*

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale
Médecin-chef des services d'hygiène
de la Préfecture de Police
Conseiller sanitaire technique du Ministère
de la Santé Publique
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici nos remer-
ciements respectueux et reconnaissants.*

A MES MAITRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Le

Rôle des Villages sanitaires dans la Lutte antituberculeuse

Avant-Propos.

Si l'on juge, comme l'a fait M. Guinard, le rendement d'un sanatorium à longue échéance, 12 ans par exemple, on s'aperçoit que les résultats sont bien loin d'être brillants.

Sur 764 cas soignés à Bligny, 127 seulement survivent douze ans après. Sur 74 malades suivis au sanatorium du mont Duplan en 1923, 21 seulement vivent après trois ans, sur lesquels 5 sont des infirmes non récupérables au point de vue social.

Il y a en France pour une ville de 100.000 habitants 14 à 15 décès hebdomadaires pour tuberculose. Ils représentent 780 malades par an, et pour la population de la France le nombre formidable de 312.000 malades.

Cette mortalité impressionnante des malades, ayant quitté le sanatorium, est due à deux causes :

1° Les malades sont venus au sanatorium trop tard et ils ont laissé passer l'époque favorable où la tuberculose est encore curable. En effet le manque d'orga-

nisation de l'assistance post-sanatoriale empêche le dispensaire d'agir efficacement et précocement. Le malade sait que le diagnostic de tuberculose signifie pour lui dislocation de la vie familiale et difficulté de trouver du travail à la sortie du sanatorium.

2^o Retour après le sanatorium dans des conditions de vie identiques à celles qui ont vu éclore la tuberculose. Dans ces conditions la rechute ne se fait pas attendre, toujours plus grave que la première atteinte.

Tous les pays ont fait un effort pour donner aux tuberculeux, pratiquement guéris, les moyens de réoccuper leur place et de jouer à nouveau leur rôle dans la vie sociale. Double était le but des promoteurs de la méthode : d'une part faire disparaître l'oisiveté si préjudicielle à la santé morale du tuberculeux et d'autre part séparer définitivement le malade du foyer où il s'était vraisemblablement contaminé, en le plaçant ailleurs, dans les meilleures conditions hygiéniques d'existence et de travail. Il s'agissait en outre, de le mettre dans l'impossibilité de contaminer à l'avenir qui que ce soit. La création du village de tuberculeux, dont on doit à l'Angleterre les premières réalisations (Papworth), fut le modèle de ces installations.

Classification des tuberculeux après la cure sanatoriale.

Du point de vue médical, le genre de malades qui sollicitent à présent l'assistance post-sanatoriale est tout autre que ceux dont il s'agissait en 1922, et cela grâce à l'usage des méthodes de traitement modernes, résumées sous le nom de collapsothérapie, lesquelles ont facilité considérablement aux malades traités au sanatorium la récupération de leur capacité de travail.

Dans son rapport à la VIII^e Conférence Internationale contre la tuberculose. M. B. H. Vos divise les tuberculeux en trois groupes :

1^o Ceux qui sont complètement aptes au travail, c'est-à-dire qui sont en état de reprendre leur place dans la société ;

2^o Ceux qui ne sont que partiellement aptes au travail et sont incapables de satisfaire aux exigences de la vie parce qu'incomplètement rétablis et présentant encore des lésions non éteintes ou des troubles fonctionnels plus ou moins gênants ;

3^o Malades atteints de tuberculose grave et avancée auxquels aucun traitement ne pourra rendre leur pleine capacité de travail.

M. R. Auriacombe, dans sa thèse de Paris, 1933, nous présente la classification suivante :

1^o *Tuberculeux inactifs.*

Deux radiographies prises à trois mois d'intervalle montrent une stabilisation ou une amélioration des lésions, bacilloscopies négatives, état général stable ou en voie d'amélioration. Le malade est mis à l'entraînement par le travail pendant deux mois à raison d'une heure par jour la première semaine, et en augmentant d'une heure par jour chaque semaine, jusqu'à lui faire accomplir six heures de travail effectif par jour, pendant les trois dernières semaines.

C'est le groupe I. Il comprendra tous les porteurs de pneumothorax efficace, dont on peut dire qu'ils sont cliniquement guéris. Tous ceux qui entrent dans cette catégorie peuvent se mettre au travail, à la condition d'y avoir été préparés progressivement, de vivre hygiéniquement et de se soumettre à une surveillance médicale qui les mettra en garde contre tout retour agressif du mal.

2^o *Tuberculeux actifs.*

Bacillaires constants ou intermittents. Il faudra un intervalle de six mois entre deux radiographies stabilisées ou améliorées pour que soit tentée la cure d'entraînement par le travail d'une façon prudente. Des radios en série éclaireront sur l'évolution de leurs

évolutions pulmonaires. Leur courbe de poids fixera sur la résistance de leur état général, etc...

Trois cas pourront alors se présenter :

a) Le malade s'améliore, stérilise ses expectorations et pourra rentrer dans un avenir plus ou moins proche dans le groupe I ;

b) Il semble entrer dans une phase de rémission passagère, demeurant bacillaire intermittent, capable d'un travail léger pendant tout le temps qu'il mettra à devenir un tuberculeux à poussées évolutives de plus en plus rapprochées, pour aboutir à une issue fatale.

Ce sont des malades qui, pendant leur période de travail, seront justiciables de l'assistance aux malades du groupe II, c'est-à-dire assistance temporaire ou permanente. Suivant l'importance de la réduction de leur aptitude au travail et suivant les conditions dans lesquelles ils peuvent vivre et exercer leur métier, beaucoup d'entre eux étant capables, avec le temps et du fait de la stabilisation progressive de leurs lésions, de retrouver, en travaillant, la résistance suffisante pour satisfaire aux exigences de la vie ;

c) Le malade fait une poussée évolutive aiguë, ou bien c'est une simple alerte et tout est à recommencer, ou bien il entre dans la catégorie des :

3^o *Tuberculeux évolutifs* : groupe III.

Ceux-ci ne peuvent bénéficier d'aucune thérapeutique. Ils ont besoin d'un refuge pour pouvoir se

reposer dans les meilleures conditions d'hygiène et à proximité de leur famille.

STATISTIQUES.

D'après le rapport du Comité de placement du Conseil anglais de la tuberculose il ressort que :

- 40 % - 50 % des tuberculeux peuvent retourner à leur ancien métier :
- 35 % restent au point de vue médical et économique à la charge de l'assistance temporaire ou permanente.
- 15 % sont hors d'état de fournir du travail.

A la Conférence de La Haye, M. Vos nous apprend, d'après les chiffres du Dispensaire d'Amsterdam que 42 % des tuberculeux du sexe masculin étaient capables de reprendre leurs occupations professionnelles à la sortie du sanatorium.

M. Roux fixe de 25 % - 30 % le nombre des tuberculeux sortant des sanatoriums, qui ne peuvent pas être remis au travail.

Développement de l'assistance post-sanatoriale.

Au début on a essayé au sanatorium de réadapter au travail le tuberculeux convalescent, en créant même de véritables colonies autonomes. En France on a fondé en 1896 la colonie agricole du Cannet, près de Cannes, où les tuberculeux s'occupaient de la culture des pruneaux, de la greffe des arbres, du bouturage des arbustes, de la taille de la vigne, d'horticulture. Le village de Montigny, fondé en 1900 en Ostrevent par le professeur Calmette, était basé sur les mêmes principes. Des raisons pécuniaires ont obligé les fondateurs de fermer ces établissements.

Suit une époque (1908-1914) où sous l'influence de Paterson on considère le travail musculaire comme une méthode de cure de la tuberculose. On émet l'hypothèse que le travail gradué produit artificiellement des auto-inoculations bacillaires adaptées à la résistance des substances protectrices. Cette méthode se répand rapidement en Angleterre, Amérique, Suède, Suisse, Allemagne. En France, Duma-rest fait connaître l'œuvre de Paterson (sanatoriums de Hauteville, Bligny, Bon-Accueil).

Actuellement, grâce à la collapsothérapie et à la

chrysothérapie, les stabilisés et les convalescents sont devenus de plus en plus nombreux. Nous disposons des moyens suivants :

a) *Réadaptation au travail en sanatorium*, qui consiste dans l'utilisation progressive des malades dans le personnel de l'établissement et d'autre part dans le fonctionnement au sanatorium de véritables ateliers (Bligny, Hauteville, Bon-Acceuil, Mardon, Arnozan, etc.)

C'est un moyen insuffisant, vu le nombre réduit des places disponibles, et il pourrait être utilisé passagèrement pour les malades du groupe I pendant la période d'entraînement au travail.

b) *Colonies agricoles* : sont des collectivités rurales avec coopérative de production et de vente, conseils techniques et surveillance médicale. On y pratique l'horticulture, le petit élevage, jardinage, arboriculture (colonie franco-britannique du château de Sil-lery). Mais le travail est trop pénible, il faut un apprentissage, les salaires sont bas et beaucoup de tuberculeux n'ont pas le goût pour la vie rurale.

c) *Ecoles de rééducation* : Comme celles de l'Office national des mutilés et réformés. Mais les différentes expériences ont prouvé que l'ouvrier éprouve beaucoup de difficulté à apprendre un nouveau métier.

d) *Ateliers industriels pour tuberculeux*, qui ont été créés dans les grandes villes pour les ouvriers d'un même métier et reconnus tuberculeux.

En 1919 on a fondé à New-York l'Altro-Manufacturing Company où des tuberculeux confectionnent

des vêtements et des blouses d'hôpital qui sont vendus après stérilisation. Le but de ces ateliers est triple : désinfection des matières, travail approprié aux forces des malades et surveillance médicale.

e) Et enfin *villages pour tuberculeux*, sur lesquels nous nous étendrons plus longuement dans le chapitre suivant.

Voyons maintenant comment l'Etat intervient directement dans l'assistance post-sanatoriale, en venant pécuniairement au secours des tuberculeux.

Le Dr Hazemann distingue 5 cas dans l'assistance proprement dite :

1^o *Indigent* : en ce cas il bénéficie des lois d'assistance, notamment celle sur l'assistance médicale gratuite qui assure à tout citoyen privé de ressources les soins médicaux dont il peut avoir besoin.

2^o *Tuberculeux chronique* : si la maladie le met dans l'incapacité de continuer à travailler, il peut bénéficier de la loi sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources. Il jouit donc des ressources médicales au paragraphe précédent, plus un secours mensuel en argent pouvant se monter à 100 ou 150 fr. par mois, plus des secours du Bureau de bienfaisance.

3^o *Assuré social* : Pendant les six premiers mois de la maladie il bénéficie des prestations médicales et de la moitié environ de son salaire. Si après ce temps, il persiste une invalidité définitive des deux tiers et s'il a cotisé régulièrement pendant deux ans avant la ces-

sation du travail, l'assuré peut avoir droit, pendant cinq ans, aux prestations médicales et à une indemnité équivalant au plus au cinquième environ du montant de son salaire habituel. Le conjoint ou les enfants de l'assuré n'ont droit qu'aux prestations médicales et cela pendant six mois seulement.

4° *Ancien militaire réformé pour tuberculose* : Il a droit aux soins médicaux gratuits (en ce qui concerne l'affection ayant motivé la réforme) et à une pension annuelle de 7.160 fr., plus 1.028 fr. par enfant à charge. Si le réformé ne peut travailler et s'il n'est pas hospitalisé dans un établissement de cure, il touche, en outre, 10.000 fr. par an (indemnité de soins).

5° *Fonctionnaire de l'Etat* : Celui-ci perçoit, pendant trois ans, son plein traitement et pendant deux ans, la moitié de son traitement. Il en est de même pour certains employés d'autres administrations.

A la sortie du sanatorium il est repris en charge par son dispensaire, qui pendant son absence a aidé la famille à subsister. Les enfants malades ont été placés dans un préventorium. Au retour du malade, s'il risque d'être encore contagieux, le dispensaire envoie les enfants sains soit chez des parents ou à la campagne dans un centre de placement familial surveillé. Mais trouver du travail aux anciens malades constitue un problème délicat, et c'est là que commencent les difficultés pour le tuberculeux convalescent ou stabilisé.

Villages de tuberculeux.

DÉFINITION.

M. Varrier-Jones a donné la définition suivante du village de tuberculeux : une colonie de tuberculeux est une communauté de malades dans laquelle les facteurs hygiéniques et économiques sont rendus tels qu'ils conviennent à l'état anormal physique et mental de ses membres. Ce sont en effet des organisations qui assurent aux tuberculeux des soins dans les limites où ils sont nécessaires, les soumettent ensuite au travail à titre éducatif et préparatoire pour la reprise d'une vie active ; elles peuvent enfin conserver définitivement, soit en colonies de travail pour célibataires, soit en les installant avec leur famille dans des villas indépendantes, hygiéniquement aménagées, ayant chacune un petit jardin et dont l'ensemble constitue un village, une petite cité de tuberculeux.

Il s'agit par conséquent d'établissements mixtes d'assistance hospitalière, sanatoriale et post-sanatoriale, de colonies permanentes pour malades chro-

niques et incurables, comprenant dans leur organisation :

un hôpital-sanatorium,
un sanatorium,
des ateliers de travail industriel,
logements pour célibataires et villas familiales.

PRINCIPES.

La lutte antituberculeuse, telle qu'elle a été conçue jusqu'aujourd'hui, n'a pas donné les résultats attendus. La question à résoudre est loin d'être purement médicale, il s'y adjoint une question sociale et une question économique. Nous ne connaissons actuellement aucun moyen de cure radicale de la tuberculose, mais il est en notre pouvoir d'empêcher la maladie de faire de nouveaux progrès. Il faut que, tout en obtenant ce résultat, nous protégeons la société et la famille du tuberculeux contre la déchéance physique et sociale de celui-ci et contre la contagion. Ceci ne peut être obtenu par le seul secours du sanatorium. Le traitement qu'on y suit donne d'excellents résultats temporaires. Si le malade, en le quittant, retrouve les conditions d'existence qui ont permis l'éclosion de la maladie, il retombera bientôt. Et il ne faut pas considérer la question sous le seul objectif du tuberculeux lui-même. En réalité, l'unité avec laquelle on doit compter n'est pas le seul tuberculeux, mais le tuberculeux dans son groupe social : le tuberculeux et sa famille. Ainsi que le fait remarquer

M. Varrier-Jones « la raison de la chute du soutien de famille ne doit pas être recherchée dans une cause unique, telle que « les conditions de travail ». Elle est un complexe où la vie de famille est de la plus haute importance ».

La solution que nous apporte la colonie ou le village de tuberculeux est la meilleure. A son entrée à l'Institution, il est mis en observation à l'hôpital pendant quelques jours, puis il suit la classique cure de repos. Au bout d'un temps plus ou moins long, il est admis à travailler. Dès qu'il peut faire six heures de travail par jour, il peut s'établir avec sa famille dans une des villas familiales, ou s'il est célibataire, dans un logement réservé spécialement pour eux. Dès lors la surveillance médicale devient moins sévère.

L'ORGANISATION DU TRAVAIL.

a) Le travail doit être utile, car le travail dont le malade ne voit pas immédiatement l'utilité, le fatigue vite et l'ennuie.

b) Une foule d'industries, qui peuvent être pratiquées dans des ateliers spéciaux bien aérés, ne sont nullement incompatibles avec l'état physique du tuberculeux. Les travaux ruraux ne convenant qu'à un nombre très restreint de malades.

c) Le malade doit reprendre son ancien emploi ou un métier aussi proche que possible de l'ancien.

d) Chaque atelier doit se trouver sous la direction d'un instructeur contre-maitre, et que cet instructeur

soit un ancien malade qui comprend la mentalité d'un tuberculeux.

e) La plus grande partie du travail doit être faite à la machine. Toute la partie du travail qui exige une dépense musculaire non en rapport avec les forces du tuberculeux, c'est à la machine qu'il faut la demander.

f) Dès le début le travail doit être rémunéré. Ce n'est que de cette façon que le tuberculeux se rendra compte qu'il n'est pas un être désormais incapable de gagner sa vie et de nourrir les siens.

g) Il est nécessaire, si l'on veut déterminer le moment de la reprise du travail, de procéder par tâtonnement. Il faut commencer par un travail modéré, suivre le malade, et à la moindre réaction fébrile, cesser, donner du repos, et reprendre par un travail moins pénible. Ce qui est à rechercher, c'est surtout la stabilisation des symptômes, non leur disparition.

M. Varrier-Jones a dit un jour : « Voyez ces hommes ; chez eux nulle trace apparente de fatigue. La joie de vivre et de travailler est peinte sur leur visage. Leur travail terminé, ils vont aller déjeuner de bon appétit. Eh bien, transportez-les chez un médecin, il dira que ce sont des malades gravement atteints qui doivent rester au lit ». Ainsi la plupart de ces tuberculeux qui déploient une grande activité et dont l'état va chaque jour s'améliorant, la plupart de ces gens qui, loin encore de la guérison clinique, gagnent leur vie, nourrissent leur famille, sont de la même

catégorie que les malheureux, qui de sanatorium en sanatorium descendent peu à peu l'échelle sociale.

Ces conditions de travail, qui ont été si brillamment exposées par M. Wolfsohn dans sa thèse *Les villages des Tuberculeux en Angleterre*, s'accordent le mieux avec l'état physique du tuberculeux.

AVANTAGES DU SYSTÈME.

1^o *La vie familiale.* — Le tuberculeux peut vivre avec sa famille sans danger pour celle-ci. Le malade aide sa famille à vivre et a l'impression de ne pas être un malade qu'on fuit, mais le chef de famille qui l'entoure de ses soins.

2^o *Le travail* qui lui permet de gagner sa vie et celle de sa famille. Grâce au travail il continue à faire partie de la communauté humaine. En outre le travail est un excellent adjuvant de la cure sanatoriale.

3^o *La protection de l'entourage et surtout de l'enfance.* — On peut en effet se rendre compte de par l'examen des statistiques, qu'aucun enfant qui y est né, de parents tuberculeux, n'est devenu tuberculeux lui-même. C'est ici qu'apparaît l'avantage de pouvoir transporter immédiatement dans un hôpital un tuberculeux fébrile et présentant une expectoration si dangereuse pour l'entourage. Les enfants sont examinés méthodiquement par le dispensaire.

4^o *Les économies.* — On a critiqué les villages anti-tuberculeux du fait de l'énorme capital financier

nécessaire pour la fondation et l'entretien d'une pareille organisation. Il ne faut pas exagérer l'importance de ces capitaux car, dans la nouvelle formule qui consiste à considérer comme le noyau de cette organisation l'hôpital sanatorial, le coût de ce noyau n'est pas supérieur à celui d'un hôpital urbain. Il est aussi infiniment plus économique de maintenir dans des conditions d'hygiène et de surveillance médicale optima les tuberculeux guéris plutôt que de les exposer à la rechute. Il est facile de le prouver en montrant que toute récurrence d'un tuberculeux parti à la ville et ayant repris son occupation habituelle équivaut à la perte complète de tous les efforts et de toutes les dépenses qui avaient été faits auparavant pour obtenir la quiescence du processus tuberculeux et qu'il est nécessaire de reconvenir à nouveau au moins les mêmes sacrifices, avec des chances de succès d'ailleurs moindres. Enfin tout y est centralisé, et par conséquent beaucoup d'argent est économisé. Le sanatorium, l'œuvre de préservation de l'enfance, la colonie de réadaptation ne sont pas séparés entre eux par des dizaines de kilomètres ; ils n'ont pas des budgets différents de directions particulières : tout est centralisé, simplifié, ordonné.

Nous allons voir maintenant comment ces principes ont été appliqués dans différents pays, notamment en Angleterre, Allemagne et France.

ANGLETERRE

Il est illogique et anti-économique de posséder un hôpital pour tuberculeux à la capitale, un sanatorium dans la montagne à plusieurs centaines de kilomètres et un centre de réadaptation dans les plaines de la Beauce. Les coûts indirects d'un pareil éparpillement de l'effort financier et mieux encore, les coûts des résultats thérapeutiques inférieurs d'une pareille dispersion de l'effort médical, ont conduit les Anglais à considérer que tout nouvel effort thérapeutique anti-tuberculeux devra former un tout complet, lequel constitue la colonie antituberculeuse comprenant :

l'Hôpital,
le Sanatorium,
le Centre de réadaptation,
la Colonie industrielle et le Village des tuberculeux guéris.

1^o *Hôpital-Sanatorium* : l'hôpital-sanatorium est le lieu de la première étape obligatoire pour tout malade ayant son entrée au sanatorium et aussi le lieu de traitement des sujets sanatoriaux en période de reviviscence morbide accidentelle.

2^o *Section sanatoriale* : est destinée à recevoir les non-fébricitants pouvant marcher et même se soumettre plus tard à un très léger entraînement au travail.

3^o *Section d'entraînement* : permet de ne pas livrer le tuberculeux guéri à lui-même et de lui apprendre

non pas à gagner sa vie, mais à gagner un salaire partiel.

4^o *Village* : est réservé aux anciens tuberculeux dont la maladie est devenue entièrement quiescente et qui peuvent supporter six heures de travail par jour sans fatigue. Ce village possède des bâtiments familiaux, petites maisons de plus ou moins grande capacité selon la composition de la famille du tuberculeux guéri, et des hôtels réservés aux célibataires où chacun peut avoir à sa disposition une ou deux chambres avec plus ou moins de confort et utiliser les salles communes du bâtiment.

Le sujet habitant le village reste sous la surveillance médicale et dès qu'il présente le moindre signe d'une recrudescence ou d'un retour offensif de la maladie, le sujet fait retour à l'hôpital-Sanatorium.

5^o *Section industrielle* : est la raison d'être du village. Les sections industrielles sont indépendantes les unes des autres et comprennent : menuiserie, construction, imprimerie, cordonnerie, travail du cuir, etc. On confie uniquement à des tuberculeux guéris tous les postes possibles aussi bien administratifs qu'industriels et commerciaux et même techniques. Les situations de contremaître et de directeur du travail sont également confiées à des anciens tuberculeux guéris. « Aucun homme en bonne santé ne se rend compte véritablement de la condition et du tempérament réel d'un tuberculeux pulmonaire même guéri » écrit le Dr Varrier-Jones.

Chacun de ces anciens tuberculeux se trouve à

l'abri de l'anxiété au point de vue financier. Il sait que s'il n'arrive pas à subvenir à ses besoins et à gagner un minimum de salaire journalier il sera subvenu par l'organisation antituberculeuse.

Un des résultats les plus importants de cette communauté entre anciens tuberculeux dans un village est l'éducation qu'ils se donnent au point de vue hygiénique et spécialement en ce qui concerne la protection des enfants. On peut en effet se rendre compte par l'examen des statistiques et des rapports sur le village de Papworth qu'aucun enfant qui y est né de parents tuberculeux, n'est devenu tuberculeux lui-même. C'est ici qu'apparaît l'avantage de pouvoir transporter immédiatement dans un hôpital les tuberculeux fébriles et présentant une expectoration si dangereuse de par l'infection qui atteint les maisons où ils habitent.

On a chiffré en Angleterre, le bénéfice résultant de cette façon de faire pour le budget du Ministère de l'hygiène. Dans chaque cas il y a une dépense de 60 francs par semaine en moyenne pour un tuberculeux du village et plusieurs centaines de francs pour un tuberculeux hospitalisé ou secouru à domicile dans le même laps de temps.

La première mention faite sur ce système se trouve dans le *British Medical Journal* du 23 juillet 1898 où sir Robert Philip plaide en faveur de l'établissement des colonies agricoles pour tuberculeux. Cet appel se basait sur des expériences faites au Royal Victoria Hospital d'Edimbourg. C'est en tenant compte de ces

expériences que la « colonie agricole » fut comprise dans le schéma de lutte antituberculeuse et recommandée en 1912-1913 par le « Interdepartmental Committee on Tuberculosis ».

Dans la *Presse Médicale* du 21 octobre 1922, M. le professeur Léon Bernard attira pour la première fois l'attention sur l'œuvre accomplie à Papworth par M. Varrier-Jones.

PAPWORTH.

En 1915, le Dr Varrier-Jones installa à Bourn (comté de Cambridge) une modeste colonie agricole pour tuberculeux qui s'organisa, s'agrandit et se perfectionna progressivement grâce au travail des malades qu'elle abritait. En juin 1917, grâce à de généreux donateurs, la colonie acquit une superbe propriété comprenant de vastes terres, un château, un potager et 10 hectares de bois. C'est sur ce domaine qu'est installé The Papworth village settlement. Le village procure au tuberculeux le traitement de sa maladie, l'entraînement progressif à toutes sortes de métiers, un emploi permanent dans des conditions idéales, une habitation dans des hôtels ou dans des villas modèles et une surveillance médicale gratuite. Le village se compose de deux parties bien distinctes : l'hôpital-sanatorium et la colonie proprement dite. L'hôpital se trouve au château. Il comprend un service d'observation pour les nouveaux malades, un service pour les cas avancés, une section

chirurgicale et des vérandas de cure. On y reçoit tous les malades ; dès leur arrivée, on les met en observation pendant huit jours au lit et, suivant leur état, on les répartit ensuite dans les sections qui leur conviennent. Les malades en évolution, atteints de formes graves, restent à l'hôpital ; les améliorables, porteurs de foyers peu actifs, font une cure de repos au sanatorium.

Le sanatorium se compose de 80 cabanes particulières. Ce sont des petits châlets ou kiosques en bois disséminés dans un grand parc, séparés les uns des autres, ayant des dimensions intérieures juste suffisantes pour recevoir une couchette, une petite table et une chaise. Les parois de ces kiosques sont mobiles et peuvent s'ouvrir d'un côté ou de l'autre, suivant l'insolation, le sens du vent ou de la pluie. Chaque kiosque dispose d'une sonnerie d'appel communiquant avec un grand baraquement central où sont installés les services généraux : lavabos, cuisine, salle à manger, salle de distractions, billard et infirmerie, etc. Une section sanatoriale féminine comprend elle aussi 32 lits, dont 24 dans les cabanes individuelles.

La colonie est formée des villas et des hôtels d'une part, des sections industrielles de l'autre.

Les villas sont des constructions modernes avec larges fenêtres pour faire entrer l'air et la lumière. Les hôtels pour les colons célibataires reçoivent séparément des hommes et des femmes. Ils sont autonomes et contiennent des chambres à un ou deux

lits, avec salles à manger et salles de jeux communes. Les villas et les hôtels sont habités par les bacillaires qui, pour le présent comme pour l'avenir, paraissent avoir une capacité de travail définitivement réduite. En effet, après six mois passés dans les sections d'entraînement, on propose au malade incurable, marié, de s'installer avec sa famille dans l'un des cottages de la cité des tuberculeux, à proximité de son travail ; là, sous la surveillance immédiate des médecins de la colonie, il peut organiser sa vie familiale avec le minimum de danger d'aggravation pour lui et de contamination pour les autres. Les sections industrielles sont la raison d'être du village. Les individus en état de travailler sont placés dans des ateliers où on leur confie divers ouvrages de petite industrie, car on pense à Papworth que tout travail stérile manque, à tous égards, d'intérêt et doit être abandonné. Les différentes industries de Papworth comprennent : charpente, menuiserie et constructions, élevage de volailles, imprimerie, horticulture, panneaux de vitrines, étiquettes, ébénisterie, tapisserie, valises, mallettes, fabrication et réparation de chaussures, tailleurs et joaillerie à la main. Les gains qui y sont réalisés permettent de couvrir en partie les frais, rémunérant convenablement les travailleurs.

Le déficit de production est couvert par l'Administration et l'Etat. L'écoulement des produits et articles est assuré par des marchés et accords passés avec des maisons de commerce et grands magasins

de Londres, aussi les affaires de la Colonie sont-elles des plus prospères.

Les célibataires vivant dans un des hôtels payent 49 shillings par semaine, ce prix comprenant non seulement la nourriture et le logement, mais encore les soins médicaux. Les colons vivant dans un cottage avec leur famille reçoivent gratuitement aussi les soins médicaux. Ils pourvoient eux-mêmes à leur nourriture et à l'entretien de leur foyer et s'en tirent à bon compte, grâce au magasin corporatif de la colonie. Suivant le type de cottage, le prix de location est de 3 shillings à 8 shillings par semaine. Pour que le tuberculeux parvienne à payer les frais de son hospitalisation, puis de son séjour, deux cas sont à distinguer :

1^o Le tuberculeux est un ancien soldat. Le montant de la pension payable à un simple soldat célibataire, réformé pour tuberculose au taux de 100 %, est de 40 shillings par semaine. Ce chiffre est susceptible d'augmenter quand le soldat est marié et a des enfants.

2^o Si le malade est un civil, c'est à la municipalité dont il dépend qu'incombe la charge de son hospitalisation. De plus tout salarié est soumis à la loi sur les assurances sociales.

En somme Papworth réalise un type d'organisation anti-tuberculeuse intéressant, car il répond à la plupart des exigences auxquelles on doit satisfaire pour soigner les malades, les remettre en état de

reprendre leur place dans la collectivité, préserver les familles, assister par le travail et utiliser avec le minimum de risques les tuberculeux incurables. En 1927, après 10 ans d'existence on a obtenu à Papworth les résultats suivants :

a) absence complète de signes de tuberculose chez les 133 enfants de parents tuberculeux avérés et dont les crachats sont positifs ;

b) Village de 300 habitants vivant du travail de ses sections industrielles ;

c) Total de 72.000 livres de salaires payés aux colons depuis 1918 ;

d) Un stock de marchandises manufacturées au village d'une valeur de 177.543 livres ;

e) Un arrêt de l'évolution des lésions provoquant une survie trois fois plus longue que celle que l'on trouve dans les statistiques de sanatorium ;

f) Retrait des chroniques contagieux du sein de la collectivité.

Il existe encore en Angleterre deux autres villages pour tuberculeux : Preston Hall et Barrowmore Hall.

PRESTON HALL.

C'est une colonie installée dans un vaste domaine qui fut acheté par une entreprise privée « Industrial Settlements » vers la fin de 1919 et fut ouverte en juillet 1920 pour le traitement, l'entraînement au travail et les soins consécutifs des anciens soldats

ayant contracté la tuberculose pendant la guerre. Là, sur un terrain de près de 200 hectares vivent près de 700 personnes. On admet à Preston Hall les cas de tuberculose latente, les cas de début et les cas moyens. Les malades atteints de tuberculose avancée ne sont pas admis. Dans cette agglomération, plus de 200 enfants de moins de quinze ans vivent en contact journalier avec des tuberculeux — dont la moitié est ou a été constituée de cas ouverts — sans qu'aucun de ces enfants n'ait jamais été trouvé atteint de tuberculose pulmonaire.

Il existe trois sections distinctes :

1^o *L'Hôtel* ou *sanatorium* qui comprend des malades à tous les stades de la maladie ; dès que leur état s'améliore ils sont dirigés vers les différentes sections du Domaine ou des Industries.

2^o *Le Domaine*. Les maisons du Domaine ont été bâties presque entièrement pour les colons, les loyers varient de 25 à 30 francs par semaine (au pair) ; chaque villa a son jardin, ce qui fait que les malades trouvent d'un passe-temps profitable la culture du potager et les soins de la basse-cour. Les célibataires vivent dans une section de l'Hôtel faisant partie du sanatorium.

3^o *Les Industries* proprement dites comportent les sections suivantes : ateliers de montage, de construction légère, construction et menuiserie, imprimerie, maroquinerie et fibrierie, fermes et jardins, magasins, bureaux et administration. L'entraînement pour

chacun de ces métiers est gradué en travail léger, moyen et pénible. Le nombre moyen d'heures de travail par semaine est d'environ 33.

Pendant le temps d'entraînement et de traitement, ils reçoivent une pension de 100 livres, c'est-à-dire 21 shillings par semaine pour l'homme, 20 shillings pour la femme, plus 7 shillings par semaine pour le premier enfant et 6 shillings pour chacun des autres. A la fin de la période d'entraînement, une gratification est offerte par le Ministère des Pensions au taux de 5 shillings par semaine de quarante heures. 72 malades qui ont terminé leur entraînement sont employés à Preston Hall dans les sections où ils ont travaillé. Le salaire des colons varie de 30 shillings à 3 livres par semaine, suivant l'occupation, les capacités professionnelles et physiques.

Les chiffres du tableau représentent la croissance des industries en quatre ans de fonctionnement.

	Salaires	Ventes
1926-1927.....	1.600.000 francs	5.600.000 francs
1927-1928.....	2.400.000	8.200.000
1928-1929.....	2.900.000	8.900.000
1929-1930.....	1.000.000	4.500.000
(six mois)		
Total.....	8.500.000	27.200.000

En somme, l'entreprise est très florissante, même du point de vue commercial. On voit que les principes de direction de Preston Hall sont un peu les mêmes que ceux qui ont été préconisés à Papworth. La différence est qu'on n'y reçoit que les anciens sol-

dates, que les cas avancés ne sont pas admis, qu'on n'y pratique guère que les industries rurales, mais surtout que l'on n'y conçoit pas comme un idéal de faire, des tuberculeux, des colons. A Preston Hall, en effet, la durée maxima du séjour d'un malade qui ne devient pas fonctionnaire de l'institution est d'une année.

BARROWMORE HALL.

Dans le comté de Chester, est la plus récente des trois institutions anglaises établies sur les principes de Papworth. Elle fut fondée en 1920 par les Comités régionaux réunis de la Croix-rouge anglaise et de l'Ordre de Saint-Jean-de-Jérusalem. Le village se compose de 10 cottages et 73 lits sont mis en service pour le traitement et l'entraînement au travail.

Le prix des pensions est de 50 shillings par semaine (soins médicaux, nourriture, logement) pour les civils. Les militaires payent 5 shillings par semaine de plus, pour l'entraînement au travail.

*
* * *

EN ALLEMAGNE

BRESLAU—HERRNPROTSCH.

La ville de Breslau, qui compte plus de 500.000 habitants, s'est livré à une tentative utile de rééducation et de récupération des tuberculeux civils ou militaires. Dans cette ville il existe un service d'assistance

sociale qui a sous ses ordres un service d'hygiène. Ce dernier s'occupe, d'une part de l'hôpital des chroniques et d'autre part de l'hôpital des tuberculeux. Celui-ci est en liaison, d'une part avec le dispensaire antituberculeux et d'autre part avec une colonie de récupération des malades ; ces deux dernières œuvres d'ailleurs sont administrées par une Société privée. La Colonie et l'Hôpital sont sous la direction du Dr Brieger qui est une autorité internationale très écoutée en matière de rééducation des tuberculeux.

L'hôpital comporte 300 lits. On y reçoit les malades qui ne peuvent pas trouver de place au sanatorium, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions médicales pour y partir, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions économiques. La durée de séjour est en moyenne de six mois pour les malades qui y restent. Le prix de journée est d'environ 5 marks $1\frac{1}{2}$ (plus de 30 fr.). On a organisé à l'hôpital une section de thérapeutique par le travail, sous la direction de deux moniteurs de travail ; ces moniteurs organisent le travail des malades des deux sexes. Aux malades, y compris ceux qui sont au lit, est assigné un travail manuel : tricotage, confection de paniers, couture, tressage, etc..., qu'ils pourront utiliser plus tard, fabriquant ainsi des objets pour leur usage personnel.

La Colonie de post-cure est juxtaposée à l'hôpital et consiste en deux maisons construites en dur, abritant les célibataires de 32 pavillons familiaux. Les dépenses sont remboursées au moyen de la pension

accordée par les autorités locales. L'argent de poche des colons se monte à 15 ou 20 marks par mois ; il est payé par les ateliers. En ce qui concerne les tuberculeux, chefs de famille, ils sont logés dans des pavillons. Le membre malade de la famille a sa chambre personnelle et sa salle de bains à l'étage supérieur ; un logement de trois pièces avec cuisine se trouve à l'étage inférieur. Le remboursement des frais de logement s'effectue au moyen de 25 marks versés directement à l'œuvre par le bureau de bienfaisance. Les malades touchent en outre du même bureau de bienfaisance 28 marks par mois pour leur entretien. Tous les colons mariés reçoivent un salaire qui n'est pas payé en argent, mais en bons d'aliments.

Les ateliers constituent la section principale d'une colonie de post-cure. On y dispose d'un atelier de couture pour femmes avec des machines électriques, un atelier de reliure pour les hommes les moins valides et un atelier d'ébénisterie tout à fait moderne. L'atelier le plus moderne est celui de la serrurerie, qui est outillé pour construire tout l'ameublement d'hôpital. Sur une base de travail de quatre heures par jour, les ateliers ont toujours fonctionné à plein depuis quatre ans qu'ils existent.

M. Brieger a pris pour point de départ l'hôpital pour tuberculeux. En organisant des ateliers attachés à un hôpital pour tuberculeux ou à un sanatorium, on s'est inspiré de l'idée suivante : un grand nombre de tuberculeux ont besoin d'être soignés pendant longtemps ou indéfiniment dans un établissement,

où ils peuvent se réadapter graduellement au travail, tout en ayant la possibilité de recevoir au sanatorium ou à l'hôpital les soins qu'une rechute peut nécessiter. Cette notion est basée sur la tendance aux rechutes qu'ont ces malades, et il importe peu qu'on ait à faire dans ce cas à un sanatorium ou à un hôpital pour tuberculeux. Les établissements auxquels sont attachés des ateliers industriels peuvent servir graduellement de base à la création de colonies pour les anciens malades obligés de travailler dans des conditions spéciales de protection, parce qu'ils ne pourront jamais recouvrer intégralement leur capacité de travail. Le grand avantage des colonies et des ateliers est de permettre au malade de ne pas travailler au-delà de ses forces physiques.

La colonie de Breslau-Herrnprotsch est en somme une transition entre les sanatoriums et les hôpitaux pour tuberculeux d'une part, et les colonies et les ateliers d'autre part, transition qui a lieu par l'intermédiaire des ateliers créés par les sanatoriums mais rendus indépendants.

*
* *

LA CITÉ SANITAIRE DE LA F. N. P. C. A SALAGNAC

Le village sanitaire de Clairvivre construit sur le territoire de la commune de Salagnac, canton d'Excideuil, département de la Dordogne, constitue le premier organisme de cet ordre vraiment important.

L'idée de la construction et de l'aménagement du village sanitaire appartient aux dirigeants de la Fédération nationale des blessés du poumon ; il est destiné aux tuberculeux de guerre et à leur famille. Le terrain étant loué à l'Etat à bail emphythéotique, la collectivité en fait est propriétaire des constructions édifiées qui lui reviennent de droit à la fin du bail. Les opérations sont financées par les ressources de la Fédération Nationale des Blessés du Poumon, obtenues par les cotisations de ses 92.000 membres, le produit des tombolas et des fêtes qu'elle organise et une subvention spéciale de plus de 50 millions de francs, accordée par le Parlement et imputée au budget des Pensions.

Le village de Clairvivre est divisé en quatre zones principales ayant une affectation bien définie.

1^o La zone centrale, comprenant l'administration, l'hôtel, les magasins et la centrale électrique (4 hectares).

2^o La zone résidentielle, sur laquelle sont élevés les 180 pavillons doubles, et qui recevra plus tard les immeubles collectifs. Les groupes scolaires en plein air et les parcs d'agrément s'y trouvent inclus (45 hectares).

3^o La zone industrielle, comprenant le garage, l'imprimerie, la teinturerie-buanderie, les abattoirs, et qui abritera toutes les industries appelées à se développer au village sanitaire (8 hectares).

4^o La zone verte de protection, d'une superficie

cinq fois plus grande que celle de l'ensemble des terrains construits, composée de grands espaces boisés, elle comprend les promenades, le parc de sport, les vergers et potagers, l'élevage des poules, le golf, etc, (116 hectares).

Le village est traversé par une rue principale de 8 m. 50 avec deux trottoirs. Sur cette avenue centrale débouchent les voies secondaires desservant pavillons et bâtiments.

Sur le coteau s'étagent 186 pavillons doubles, comprenant chacun deux logements. Chaque logement comporte outre la cuisine, une salle de bains, une salle commune, une chambre de parents, une chambre avec cure où le malade peut séjourner jour et nuit.

L'hôtel est prévu pour 150 célibataires. Chaque chambre a son cabinet de toilette avec douche, un vaste balcon fleuri. Au rez-de-chaussée se trouvent : salle à manger, salon, salle de réunions, bibliothèques, salle de musique, cuisines, office, salle de fêtes, cinéma.

« Les habitants de la Cité sont considérés comme de simples locataires de son Administration, aux conditions habituelles, toutefois avec cette particularité que pour y être admis ou maintenu, toute personne devra satisfaire à certaines conditions médicales d'ordre thérapeutique ou prophylactique » dit le docteur Hazemann. Et il ajoute : « L'équilibre et l'harmonie dans la Cité doivent être obtenus, non par

une réglementation tracassière ou même indiscrete, mais par la création d'une conscience collective permettant aux individus de s'épanouir librement, c'est-à-dire pleinement. Cet esprit social qu'on se doit d'organiser, car il ne s'agit pas de la création d'un « royaume d'utopie » doit être établi, non sur des bases purement formelles, mais doit découler inéluctablement de l'état de choses. En quelque sorte, le sentiment collectif ne doit pas se répandre en « conduites forcées » si nous pouvons nous permettre une telle comparaison en urbanisme médico-social ! A l'urbaniste sociologue d'étudier ses plans en conséquence par la délimitation ici non des lignes de pente, mais de celles des inclinaisons humaines ». Les pavillons seront loués suivant leur étendue de 1000 francs à 1200 francs, prix comportant location, chauffage, éclairage, cuisine électrique. L'hôtel comporte les chambres, qui seront louées 30 fr. par jour tout compris.

Le terrain appartient à l'Etat, les immeubles et le commerce sont gérés par la « Société anonyme des Maisons des Blessés du Poumon ».

Tout le commerce est concentré dans un seul grand magasin où toutes les tâches sont remplies par les malades et leur famille. Les magasins généraux sont gérés par la Société « les Maisons des Blessés du Poumon » qui réserve statutairement les bénéfices au fonctionnement du service médico-social.

L'industrie comprend principalement une imprimerie modèle où la plupart des ouvriers sont en fait de

simples surveillants de machines. Il est prévu accéssoirement des ateliers de menuiserie, ébénisterie, reliure, maroquinerie, élevage et apiculture. Le travail est rémunéré selon sa durée. M. Delsuc, secrétaire de la Fédération, s'occupe personnellement des industries et du commerce, tandis que le docteur Forestier est directeur du service médico-social.

Ce dernier a la haute main sur le travail et ses conditions du point de vue médical, il est responsable de la médecine curative et préventive dans la collectivité.

L'hôpital comprend un service des contagieux, de médecine générale, de chirurgie, la maternité, les services d'infirmières et le solarium. Le dispensaire, outre son entrée principale, comporte deux issues annexes avec petits services distincts, l'un pour tuberculeux, l'autre pour les examens périodiques des enfants ; ceux-ci sont l'objet d'une surveillance très étroite notamment à l'aide des réactions tuberculiniques, de la radiologie. Le B. C. G. est recommandé lors de toutes les naissances. Le médecin-directeur est assisté par un médecin phtysiologue et un médecin-pédiâtre, qui sont aidés par une infirmière, directrice du service social, les infirmières de l'hôpital et du dispensaire et des assistantes sociales du secteur.

Le sens de la responsabilité y est développé au moyen de société de secours mutuels permettant l'hospitalisation du pensionné pour les affections qui ne ressortent pas de sa réforme, ou celle des membres de sa famille. Ces associations peuvent faciliter le

départ des familles et leur réinstallation et reclassement dans un autre milieu quand cela sera nécessaire.

Il y a donc une différence essentielle entre la formule de Papworth et celle de Salagnac, c'est que les fondateurs anglais déclarent que la Colonie ne peut être conçue séparée de l'hôpital-sanatorium et du sanatorium et que l'idée de créer une industrie qui, avec des ouvriers tuberculeux, se suffirait est une illusion.

D'après le Dr Hazemann le prix de revient moyen par malade est d'environ 110.000 francs, soit moins du double de celui du lit de sanatorium ; or, outre ses avantages incontestables dans la lutte contre la tuberculose, le Village Sanitaire constitue une excellente opération d'habitations à bon marché. Et la conclusion de sa brochure *La Cité Sanitaire des Blessés du Poumon* est la suivante : « La Cité Sanitaire entreprise en France par le F. N. B. P. C. s'inspire à la fois des expériences étrangères et de la connaissance du caractère français ; son bon fonctionnement est basé sur l'existence d'un service médico-social complet, organisme dont la perfection devra se manifester par sa discrétion puisque, bien conduit, il doit passer inaperçu de tout observateur non averti. Cette institution toute imparfaite qu'elle soit vaudra surtout par l'esprit qui l'animera : union de tous dans la lutte pour la vie.

Sous quelle forme les villages pour tuberculeux peuvent-ils jouer un rôle efficace dans la lutte antituberculeuse ?

Le village sanatorial devrait être applicable à tous les tuberculeux quels qu'ils soient. Mais il importe que la cité s'étende au voisinage de la ville pour permettre aux personnes non malades de l'agglomération et aux tuberculeux guéris faisant partie du groupe I de ne pas quitter les occupations urbaines. En effet un assez grand nombre de malades, atteints de tuberculose pulmonaire et guéris après un séjour plus ou moins long dans le sanatorium, peuvent rentrer dans la communauté sociale ordinaire et y gagner leur vie dans les métiers qu'ils exerçaient auparavant. Tout en reprenant leurs occupations antérieures, ils pourront continuer à vivre dans les villas de la cité, donc dans des conditions d'hygiène et de confort qui seront capables d'éviter un retour de la maladie.

Les malades à capacité de travail réduite trouveront dans les ateliers de la Cité un emploi proportionné à leurs forces physiques et pourront passer immédiatement à l'hôpital à la moindre alerte. Quant aux malades incapables de travailler, ils s'y trouveront

dans les meilleures conditions de repos et ne risqueront plus de contaminer leur entourage.

Le service médical devrait avoir pour but d'agir efficacement mais avec beaucoup de discrétion, pour donner aux tuberculeux l'impression qu'il n'existe aucune différence sociale entre eux et les autres et qu'on s'est efforcé simplement de les placer dans des conditions plus hygiéniques.

Le village sanitaire ainsi conçu constituera alors une des armes les plus efficaces dans la lutte antituberculeuse. Et le dispensaire, possesseur d'une organisation complète, suffisante et attrayante, va pouvoir donner partout les bienfaits des œuvres antituberculeuses. Il pourra proposer désormais au futur malade une existence convenable après sa maladie et les malades viendront beaucoup plus tôt au dispensaire. Le dispensaire se cantonnera désormais dans sa tâche de prophylaxie et de prospection.

Conclusion.

Par sa structure, qui comprend toujours un hôpital-sanatorium, des bâtiments de cure, des œuvres de l'enfance et des ateliers de rééducation avec logements particuliers, le village sanitaire nous paraît être un tout harmonieusement conditionné et capable de subvenir à lui seul à tous les besoins de la lutte antituberculeuse. Le village sanitaire pour tuberculeux n'est pas seulement une œuvre post-sanatoriale, il est aussi un établissement de cure et convient à tous les degrés de la tuberculose pulmonaire. Construit de préférence au voisinage de la grande ville, il offre les avantages suivants :

1^o Protection de l'enfance et de l'entourage de toute contagion.

2^o Maintien de l'unité familiale, indispensable au bon fonctionnement de la société.

3^o Avenir matériel assuré au malade et à sa famille grâce aux ateliers industriels.

4^o Tous les services et toutes les œuvres antituberculeuses sont centralisées et par conséquent beaucoup d'argent est économisé.

Vu : le Président de la thèse,
TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Auriacombe (R.)*. — Réadaptation des tuberculeux au travail et assistance post-sanatoriale. Thèse de Paris, 1933.
- Brayton (H. J.)*. — Interdépendance of sanatorium and tuberculosis association and suggestion for closer coopsation (Nat. Tuberc. Assoc. Trans., XXIII, 1927, p. 386, 389).
- Blunco (J.)*. — Assistance post-sanatoriale (VIII^e conférence Internationale de la tuberculose, 6-9 septembre 1932).
- Brieger (E.)*. — Assistance post-sanatoriale (VIII^e Congrès International de la tuberculose, 6-9 septembre 1932).
- Carer (Ch.)*. — L'assistance post-sanatoriale (Liège Médical, n^o 22, 28 mai 1933).
- Collet (R.)*. — L'effort post-sanatorial (Journal de Médecine de Bordeaux, 109 : 639-650, 25, 30 août 1932).
- Collmer (J.)*. — Interdépendance of sanatorium and tuberculosis association (Nat. Tuberc. Assoc. Trans., XXIII, 1927, p. 390-394).
- Giannatempo (G.)*. — Scopie e organizzazione dell assistenza post-sanatoriale (Difesa Sociale, II, 478, novembre 535).
- Guinard (L.)*. — Assistance post-sanatoriale (VIII^e Conférence Internationale contre la tuberculose, 6-9 sept. 1932).
- Hasermann (R. H.)*. — La post-cure des tuberculeux et les collaborations mises en œuvre (Mouvement sanitaire, n^o 118, février 1934).

Lafforgue, Andrieu (G.), Franhel (A.). — Les œuvres post-sanatoriales dans le traitement de la tuberculose (Progr. Médical, p. 1866, 1874, 30 octobre 1930).

Molinery. — A travers les œuvres post-sanatoriales dans le traitement de la tuberculose, n° 11, novembre 1930, p. 410).

Morelli (C.). — Assistance post-sanatoriale (VIII^e Congrès International contre la tuberculose).

Muzzarelli-Verzoni (A.). — Organizzazione e funzionamento dell' Instituto pre e post-sanatoriale di rieducazione al lavoro di Pratolino (Lotto contro la tuberc., 4 : 989, 1001, sept. 1933).

Petit (Georges). — L'assistance post-sanatoriale (Le Courrier Médical, n° 30, 23 juillet 1933).

Piehaud (Ferdinand), Lamothe (Paul). — A propos de l'assistance post-sanatoriale (Gazette hebdomadaire de sciences médicales, 20 oct. 1932).

Roux (G.). — Un sanatorium et ses œuvres post-sanatoriales (Paris Médical, 7 janvier 1933).

Vos (B. H.). — Assistance post-sanatoriale (Rev. de Phtisiologie, 430, 463, juillet. août 1932).

— Assistance post-sanatoriale (VIII^e Conférence Internationale contre la tuberculose).

Brieger (E.). — Arbeitsfähigkeit und Realroert (Ergebnisse der gesamten Tuberkulosen forschung, Bd VI).

Baitlet. — Village-Sanatorium (Presse médicale, 11 déc. 1926).

Brunon. — Le village sanitaire (Normandie médicale, novembre 1926).

Guinard. — Hôpital-Sanatorium (Presse Médicale, 15 janvier 1927).

Haremann. — La cité sanitaire pour tuberculeux (XVIII^e Congrès d'Hygiène, Paris, octobre 1930).

— La cité sanitaire des blessés du poumon (Revue d'Hygiène, février 1932).

Pierret. — Le village sanitaire vu à la lumière de l'expérience
Britannique (*Biologie Médicale*, mai 1931).

Bernard (L.). — *Traité d'Hygiène*, t. I, p. 653, 675 ; t. II,
p. 654, 655, 659, 660, 662, 669.

— La tuberculose pulmonaire, 1921, 1925, p. 329 383.

— *Presse Médicale*, 21 oct. 1922.

Wolfsohn (R.). — Les villages des tuberculeux en Angleterre.

Zchoh (G.). — Le travail des malades et des infirmiers.

